

Estudio HEROS

(Epidemiología humana y respuesta a SARS-CoV-2

[Human Epidemiology and RespOnse to SARS-CoV-2])

Cuestionario para completar cada dos semanas y obtención de muestras

Estructura del árbol de preguntas

1. Evaluación de los síntomas

- a. ¿Ha estado enfermo desde su última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA: texto de introducción del encabezado de la sección: lamentamos que no se haya sentido bien. A continuación, se muestra una lista de síntomas; indique si ha presentado alguno de los siguientes síntomas desde su última encuesta

- i. Jerarquía de lista de síntomas (preguntas en negrita) con subcategorías (*las subcategorías solo se muestran si se responde "SÍ" a las preguntas en negrita*)

1. ¿Tuvo fiebre o se sintió afiebrado (escalofríos, sudoración) en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

- a. ¿Cuál fue su temperatura más alta? Respuesta con número entero
- a. ¿Está medido esto en grados Fahrenheit o Celsius?
- b. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo fiebre o se sintió afiebrado (escalofríos, sudoración)?
- c. ¿Tiene actualmente fiebre o sensación de estar afiebrado (escalofríos, sudoración)? Sí/No

2. ¿Tuvo síntomas de resfriado o similares a los de la gripe (como dolor de garganta, goteo nasal o congestión) en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana presentó este(os) síntoma(s)?
- b. ¿Presenta actualmente algún síntoma de resfriado o similar a los de la gripe? Sí/No

3. ¿Tuvo tos en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo tos?
- b. ¿Presenta actualmente algo de tos? Sí/No

4. ¿Tuvo sibilancias o silbidos en el pecho en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo sibilancias o silbidos en el pecho?
- b. ¿Presenta actualmente sibilancias o silbidos en el pecho? Sí/No

5. ¿Tuvo falta de aire en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No

- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo falta de aire?
- b. ¿Presenta actualmente falta de aire? Sí/No

6. **¿Tuvo dolor o molestias en el pecho en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo dolor o molestias en el pecho?
7. **¿Se sintió cansado o fatigado en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)?**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana se sintió cansado o fatigado?
 - b. ¿Presenta actualmente alguna sensación de cansancio o fatiga? Sí/No
8. **¿Tuvo dolores corporales en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo dolores corporales?
 - b. ¿Presenta actualmente algún dolor corporal? Sí/No
9. **¿Tuvo dolores de cabeza en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo dolores de cabeza?
 - b. ¿Presenta actualmente dolores de cabeza? Sí/No
10. **¿Tuvo dolor de oído en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo dolor de oído?
 - b. ¿Presenta actualmente dolor de oído? Sí/No
11. **¿Tuvo algún problema con su capacidad olfativa, como no poder sentir el olor de las cosas o que las cosas no tengan el olor que deberían tener desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo un problema con su capacidad olfativa?
 - b. ¿Presenta actualmente algún cambio en su capacidad olfativa? Sí/No
12. **¿Tuvo algún problema con su capacidad para saborear alimentos y bebidas dulces, agrios, salados o amargos desde la última encuesta (hace unos 7 días)? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo un problema con su capacidad gustativa?
 - b. ¿Presenta actualmente algún cambio en su capacidad gustativa? Sí/No
13. **¿Presentó náuseas (sensación de que podría vomitar) en algún momento desde la última encuesta (hace unos 7 días)?**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana presentó náuseas?
 - b. ¿Presenta actualmente náuseas? Sí/No

14. **¿Tuvo diarrea (deposiciones blandas o líquidas) en algún momento desde la última encuesta** (hace unos 7 días)?
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo diarrea?
 - b. ¿Presenta actualmente diarrea? Sí/No
15. **¿Tuvo dolor de vientre en algún momento desde la última encuesta** (hace unos 7 días)?
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo dolor de vientre?
 - b. ¿Presenta actualmente dolor de vientre? Sí/No
16. **¿Tuvo ojo rojo o conjuntivitis en algún momento desde la última encuesta** (hace unos 7 días)?
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana tuvo ojo rojo o conjuntivitis?
 - b. ¿Presenta actualmente ojo rojo o conjuntivitis? Sí/No
17. **¿Presentó algún otro síntoma no mencionado anteriormente desde la última encuesta** (hace unos 7 días)? **Sí/No**
 - a. ¿Cuántos síntomas adicionales ha presentado? [Respuesta con número entero] (repita las preguntas a–c a continuación para cada síntoma mencionado)
 - a. Describa el síntoma 1 [cuadro de texto]
 - b. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana presentó el síntoma 1?
 - c. ¿Presenta actualmente este síntoma?
- ii. Repetición de las preguntas 1 y 2 de la encuesta inicial
 1. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguno de sus familiares puede tener coronavirus, SARS-CoV-2 o COVID-19? Sí (especifique cuántos miembros de la familia participantes y sus nombres)/No
 - a. *I = sí* 1a. ¿Sabe cómo [NOMBRE] contrajo coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí (especifique)/No
 - a. *I = sí* 1b. ¿Fue [NOMBRE] hospitalizado debido al coronavirus (o el SARS-CoV-2 o la COVID-19)? Sí/No
 1. *Ib = sí* 1b1. Mientras estuvo en el hospital,... Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - a. ¿Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos?
 - b. ¿Se le colocó un respirador (una máquina que introduce aire en los pulmones y lo saca de estos)?
 - c. ¿Se le administró oxígeno (una mascarilla o tubos en la nariz que le suministran aire adicional para respirar)?

- d. ¿Se le administraron antibióticos u otro tratamiento? (Si se selecciona, especifique)
 - b. *I = no* 1c. ¿Considera que usted o algún familiar ha tenido coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí/No
 - c. *I = no* 1d ¿Cuántas probabilidades cree que tiene usted o algún familiar de contraer coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Si no está seguro, simplemente déjese guiar por la intuición.
 - d. Muy probable
 - e. Probable
 - f. No muy probable
 - g. Nada probable
 2. ¿Ha estado usted o algún familiar en contacto con alguien que obtuvo un resultado positivo para coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí/No
 - b. ¿Estuvo **enfermo algún miembro de su hogar desde la última encuesta** (hace unos 7 días)?
 - i. ¿Qué miembro de su hogar está enfermo? (casilla para opciones)
 - ii. Repita la evaluación de síntomas del 1 al 10 para cada miembro del hogar
 1. Preguntas específicas del niño
2. Riesgo de exposición y actividades de prevención:
 - a. En la última semana, ¿usted o alguien de su familia: (lista de verificación)
 - i. viajó fuera de la ciudad o el pueblo en el que vive?
 - ii. viajó en avión?
 - iii. viajó fuera de los Estados Unidos?
 - iv. fue a trabajar?
 - v. fue a la escuela?
 - vi. fue a la guardería?
 - vii. fue a la tienda de comestibles?
 - viii. asistió a una cita programada de atención médica?
 - ix. salió a comer?
 - x. pasó tiempo con amigos o familiares que no viven con ustedes?
 - xi. asistió a reuniones, como iglesias o conciertos?
 - xii. trajo al hogar comida para llevar?
 - xiii. fue a una consulta por enfermedad (por ejemplo, acudió a su médico, a un centro de atención urgente, a la sala de emergencias o al hospital)
3. Teniendo en cuenta estas actividades en la última semana, mi interacción social (contacto directo con personas ajenas a mi hogar como al ir de compras, trabajar, proporcionar cuidados o participar de manera voluntaria) fue:
 - i. Mucho menor que la normal
 - ii. Algo menor que la normal
 - iii. Aproximadamente igual que la normal
 - iv. Mayor que la normal

Referencias de ítems:

Dominio de síntomas	Fuente de preguntas
Fiebre	WURSS-24
Tos	WURSS-24
Sibilancias	Estudio internacional del asma y las alergias en la infancia (ISAAC)
Dolor/opresión en el pecho	Cuestionario de dolor en el pecho de Rose
Fatiga	Calidad de vida en adultos
	WURSS-24
Anosmia	Cuestionario sobre pérdida de los sentidos químicos del olfato y el gusto NHANES 2011
Disgeusia	Cuestionario sobre pérdida de los sentidos químicos del olfato y el gusto NHANES 2011
Gastrointestinales	Cuestionario sobre náuseas y vómitos PROMIS
Gastrointestinales	Cuestionario sobre diarrea gastrointestinal PROMIS
Gastrointestinales	Cuestionario sobre dolor de vientre PROMIS
Riesgo de exposición	Cuestionario borrador de COVID para CLSA
Distanciamiento social	Encuesta sobre el distanciamiento social del estado de Michigan (de Chris Johnson)